

CARTA AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO



Folio No.000000 Inicial SI NO

SINIESTRO No. 01260214201-04

Ultima Fecha de Modificación:

Datos de la Hospitalización			
Hospital HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Habitación 0005	Fecha de Ingreso 2026/02/16	
Nombre del paciente BONILLA CADENA CORAL EDITH	Edad 35	Fecha de Nac. 1990/11/13	Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Datos de la Póliza			
Contratante JAFRA COSMETICS, S.A. DE C.V.	No. Póliza 2012-1038003	Vigencia 2025/12/31	Fecha de Alta (afectado) Código (Preexistencia) 2021/12/16
Asegurado Titular BONILLA CADENA CORAL EDITH	Parentesco con el Titular TITULAR	Certificado 0000000015818-00	Teléfono
Causa del Internamiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Diagnóstico DESVIACION SEPTAL + HIPERTROFIA DE CORNETES			Clave del Padecimiento J34-2
			Fecha de Inicio 2025/10/18
.+.+. ESTA CARTA CANCELA Y SUSTITUYE AL MOVIMIENTO 2 .+.+.			Clave Procedimiento
Tratamiento Médico y/o Quirúrgico			30520 - 0- 0
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL + TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA + CFENSP (QUISTE DE RETENCION Y CONCHA BULLOSA)			
DR. ALDO ESTRADA HERRERA TTE CER. ESH-2984/19 (ORL)			
Causa del Rechazo	SI PROCEDE		
Importes Autorizados	Suma autorizada para gastos hospitalarios incluye IVA \$ 139,617.82		Procede la Reclamación Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Honorarios Quirúrgicos	Código Tabulador 01 TPD	Negociación SI	Importes a cargo del Asegurado
	Nombre del Médico	RED	Deducible \$.00
	\$		Coaseguro %
	\$		Se aplica con el importe autorizado incluyendo impuestos
	\$		Gastos no cubiertos por la póliza:
	\$		Diferencia de cuarto estándar, excedente de importe autorizado, gastos del recién sano, gastos personales, gastos de donadores, gastos de acompañantes, llamadas telefónicas, películas.
	\$		IMPORTANTE:
	\$		El Hospital deberá reportar el siniestro a MetLife México, S.A. de C.V. al ingreso del asegurado en todos los casos.
Observaciones			
PROCEDE. NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO NO SE CUBREN GASTOS PERSONALES NI LOS NO RELACIONADOS AL PADECIMIENTO ACTUAL.			
>>> CON ESTA CARTA SE CIERRA LA CUENTA POR ALTA HOSPITALARIA <<<			
.+.+. LA SUMA AUTORIZADA PARA GASTOS HOSPITALARIOS INCLUYE IVA .+.+.			
.+.+. EL PORCENTAJE DE COASEGURO HOSPITALARIO ES SOBRE EL MONTO AUTORIZADO CON IVA INCLUIDO .+.+.			
Lugar y Fecha	México D.F. a 16 de FEBRERO del 2026		
	Esta autorización tiene validez por 30 días a partir de la fecha de expedición		
Gerente Pago Directo GMM	Enterado Familiar y/o paciente	Recibi Hospital	Recibe Médico